



Etichetta ID

# Indagine sulla salute, l'invecchiamento e le pensioni in Europa

2017

Questionario in auto compilazione

ID Intervistato:   -        -

Nome/Iniziali: .....

Data dell'intervista:   /   /

ID intervistatore:

## Come compilare il questionario?

È possibile rispondere alla maggior parte delle seguenti domande barrando la casella adiacente alla risposta pertinente.

*Per cortesia apponga una crocetta nella o nelle risposta/e scelta/e:*

Corretto            o     

Non corretto     

Per favore, rispondere domanda per domanda. Saltare una domanda solo se si trova un'istruzione esplicita che dice di farlo.

Esempio:

**Lei ha figli?**

Sì > → **Se Lei risponde «Sì» in questo esempio, vada alla domanda successiva!**

No > PASSARE ALLA DOMANDA

→ **Se Lei risponde «No» in questo esempio, vada alla domanda indicata nel riquadro!**

## Come restituire il questionario?

Per favore, restituisca direttamente il questionario all'intervistatore o all'intervistatrice se è ancora da Lei al termine della compilazione. In caso contrario, lo spedisca appena possibile utilizzando l'apposita busta preaffrancata all'indirizzo seguente:

LINK Institut  
Spannortstrasse 7/9  
6003 Luzern

**TUTTE LE SUE RISPOSTE RIMARRANNO STRETTAMENTE CONFIDENZIALI.**

**1. Alla fine dell'intervista, Le abbiamo chiesto se Lei pensa di vivere fino ad una età specifica. Ora vorremmo domandarLe fino a che età VORREBBE vivere. Quindi, se Lei potesse decidere, fino a che età vorrebbe vivere?**

Vorrei vivere **fino all'età di**

  

**anni.**

Non lo so

**2. Se pensa alla Sua VITA ATTUALE, quanto sono importanti per Lei oggi i seguenti aspetti della vita?**

*(Per favore, selezioni solo una casella per linea)*

	Per niente importante	Non molto importante	Importante	Molto importante	Fondamentale
2a) Il tenore di vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b) La sicurezza personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c) La salute e uno stile di vita sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d) Il coniuge/partner e la famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e) Gli amici o le amiche e le relazioni sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2f) La partecipazione attiva alla società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2g) Il tempo libero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2h) La religione e la fede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2i) La carriera e i successi professionali attuali o passati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2j) Lo sviluppo personale (fare delle nuove esperienze, imparare cose nuove)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2k) Cambiare le cose o fare muovere le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2l) Apprezzare le piccole gioie quotidiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Se ripensa alla Sua vita quando aveva 25 ANNI, quanto erano importanti per Lei all'epoca i seguenti aspetti della vita?**

*(Per favore, selezioni solo una casella per linea)*

	Per niente importante	Non molto importante	Importante	Molto importante	Fondamentale
3a) Il tenore di vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b) La sicurezza personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c) La salute e uno stile di vita sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d) Il coniuge/partner e la famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e) Gli amici o le amiche e le relazioni sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3f) La partecipazione attiva alla società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3g) Il tempo libero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3h) La religione e la fede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3i) La carriera e il successo professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3j) Lo sviluppo personale (fare delle nuove esperienze, imparare cose nuove)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3k) Cambiare le cose o fare muovere le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3l) Apprezzare le piccole gioie quotidiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Se ripensa al passato, quanto rimpiange ...

(Per favore, selezioni solo una casella per linea)

	Per niente	Poco	Moderatamente	Molto	Estremamente
4a) ... il modo in cui ha gestito le Sue finanze personali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b) ... le decisioni che ha preso riguardo la Sua formazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c) ... le decisioni riguardanti il Suo lavoro e la Sua carriera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d) ... le decisioni che hanno avuto un impatto sulla Sua vita familiare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e) ... il modo in cui ha intrattenuto le amicizie e le relazioni sociali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4f) ... le decisioni riguardanti la Sua salute e i Suoi comportamenti relativi alla salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4g) ... il modo in cui ha gestito i Suoi passatempi e il Suo tempo libero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4h) ... il modo in cui si è comportato/a in generale come per esempio non esser stato/a più indipendente, più franco/a, più socievole, o di non aver contribuito di più alla società?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4i) ... non aver apprezzato abbastanza le piccole gioie quotidiane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4j) ... di aver fatto delle cattive scelte in alcuni momenti della Sua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Quanto è soddisfatto/a della Sua vita attuale e dei suoi diversi aspetti?

(Per favore, selezioni solo una casella per linea)

	Per niente soddisfatto	Non molto soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto	Totalmente soddisfatto
5a) La Sua vita nel suo insieme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b) Il Suo tenore di vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c) La Sua sicurezza personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d) La Sua salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5e) Le Sue relazioni familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5f) I Suoi amici e le Sue relazioni sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5g) La Sua abitazione/alloggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5h) Il Suo vicinato/quartiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5i) Il tempo libero che ha a disposizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5j) Le Sue realizzazioni personali della vita in generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Vorremmo ora porLe qualche domanda sulla GIORNATA DI IERI. Per cortesia, prenda un breve momento per ricordarsi ciò che ha fatto e vissuto ieri. Che giorno della settimana era ieri?

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì
- Sabato
- Domenica

## 7. Quanto spesso ha provato le emozioni seguenti DURANTE LA GIORNATA DI IERI?

(Per favore, selezioni solo una casella per linea)

	Mai	Rara- mente	Ogni tanto	Spesso	Quasi sempre
7a) Piacere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b) Calma/Rilassamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c) Preoccupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7d) Tristezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7e) Felicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7f) Rabbia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7g) Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7h) Stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7i) Speranza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7j) Riconoscenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7k) Vergogna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7l) Amore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7m) Noia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7n) Sofferenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7o) Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7p) Soddifazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7q) Frustrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7r) Motivazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7s) Rassegnazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7t) Ostilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7u) Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7v) Solitudine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7w) La fierezza di aver riuscito qualcosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7x) La sensazione di essere utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Sempre pensando alla giornata di ieri, quanto tempo ha passato ...

Per favore, indichi il numero d'ore e minuti trascorsi a svolgere ciascuna delle attività proposte. Per esempio, se passa un'ora e mezza a svolgere un'attività, indichi 1 ora e 30 minuti. Se non ha fatto del tutto l'attività, indichi 0 per le ore e 0 per i minuti. Attenzione, le attività non si escludono a vicenda. Per esempio, se ha passato un'ora a leggere un libro da solo/a a casa, indichi per favore questa durata sia nella categoria "leggere libri, giornali o riviste" sia nella categoria "a casa da solo/a".

- |     |   |   |  |
|-----|---|---|--|
| 8a) | ... a fare il lavori domestici, come cucinare, fare le pulizie, fare il giardinaggio, ecc.?                                       | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8b) | ... lavorare (contro remunerazione)?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8c) | ... a curare delle persone malate, fragili o con handicap?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8d) | ... a fare del volontariato?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8e) | ... a fare delle passeggiate, dello sforzo fisico o dello sport?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8f) | ... a prendersi cura di se stesso/a e della propria salute, come per esempio la Sua igiene personale, le visite dal medico, ecc.? | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8g) | ... a viaggiare o spostarsi per andare al lavoro?   | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8h) | ... a guardare la televisione?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8i) | ... ad ascoltare la radio?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8j) | ... a leggere libri, giornali o riviste?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8k) | ... al computer o su internet?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8l) | ... con la famiglia o al telefono con uno/a di loro?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8m) | ... con gli amici o al telefono con uno/a di loro?  | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |
| 8n) | ... a casa da solo/a?   | <input type="text"/> <input type="text"/> ora/e | <input type="text"/> <input type="text"/> minuti |



**9. Ieri per Lei, è stato un giorno normale, un giorno particolarmente brutto o particolarmente bello?**

*(Per favore, selezioni solo una risposta)*

- È stato un giorno normale.
- È stato un giorno particolarmente BRUTTO.
- È stato un giorno particolarmente BELLO.

**10. Normalmente in un mese, quanto spesso ha delle conversazioni profonde su delle cose importanti come i Suoi sentimenti, desideri, speranze, preoccupazioni o paure con ognuna delle persone seguenti?**

*(Per favore, selezioni solo una casella per linea)*

	Mai	Rara- mente	Ogni tanto	Spesso	Molto spesso	Non applicabile
10a) Coniuge o partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b) Figli/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10c) Nipoti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10d) Altri membri della famiglia come per esempio fratelli o sorelle, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10e) Amici/amiche e conoscenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Lei e/o un altro membro del Suo nucleo familiare soffre di alcune delle seguenti allergie?**

*(Per favore, selezioni tutte le risposte del caso)*

	Sì, io	Sì, un altro mem- bro della famiglia	NO, nessuno nella famiglia
11a) Raffreddore da fieno, pollini, erba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11b) Polvere, acari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11c) Peli d'animale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11d) Muffa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11e) Alimenti (per es. noci, crostacei, uova, frumento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11f) Medicamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Attualmente, ha uno o più dei seguenti animali?**

*(Per favore, selezioni tutte le risposte del caso)*

- 12a)  Cane
- 12b)  Gatto
- 12c)  Uccellino
- 12d)  Pesci
- 12e)  Altro, per favore specificare: .....
- 12f)  Nessun animale domestico > ANDARE ALLA DOMANDA **16.**

**13. Di chi è stata la decisione di prendere l'animale o gli animali?**

*(Per favore, selezioni solo una risposta)*

- 13a)  È stata una mia decisione.
- 13b)  È stata una decisione presa con qualcun altro.
- 13c)  Qualcun altro ha deciso da solo.
- 13d)  Non lo so

**14. Chi si occupa principalmente della cura dell'animale o degli animali?**

*(Per favore, selezioni solo una risposta)*

- 14a)  Io da solo/a
- 14b)  Io e qualcun altro
- 14c)  Qualcun altro
- 14d)  Non lo so

**15. Per favore, indichi in che misura è d'accordo o in disaccordo con ogni affermazione seguente relativa alla relazione che ha con questo/i animale/i (anche se non se ne occupa personalmente).**

*(Per favore, selezioni solo una casella per linea)*

	Total- mente in dis- accordo	Piuttosto in dis- accordo	Né d'ac- cordo, né in dis- accordo	Piuttosto d'accordo	Total- mente d'accor- do
15a) Ho piacere ad avere il mio animale con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b) Amo il mio animale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15c) Il mio animale mi fa compagnia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15d) E' molto costoso prendersi cura del mio animale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15e) Amo prendermi cura del mio animale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15f) Il mio animale è mio amico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15g) Parlo con il mio animale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15h) Il mio animale contribuisce alla mia felicità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15i) Gioco spesso con il mio animale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15j) Parlo agli altri del mio animale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15k) Avere il mio animale mi porta ad uscire più spesso di casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15l) Il mio animale mi aiuta a socializzare con le persone che incontro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15m) Il mio animale percepisce le mie emozioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15n) Il mio animale mi innervosisce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15o) Prendersi cura del mio animale è un lavoro molto impegnativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Per finire, indichi per favore ancora una volta il Suo sesso e il Suo anno di nascita**

a) Io sono...

Maschio

Femmina

b) Anno di nascita:

---

La ringraziamo della Sua collaborazione e del tempo dedicato alla compilazione del questionario.

La preghiamo di restituire il questionario all'intervistatore o all'intervistatrice, o di spedirlo tramite la busta preaffrancata all'indirizzo seguente:

LINK Institut  
Spannortstrasse 7/9  
6003 Luzern